

論文

医療生協の組織的特徴を踏まえた 「地域包括ケア」の再検討に向けて

—— 人権としての医療・ケア保障からのアプローチ ——

岸 本 貴 士

〔抄 録〕

はじめに、戦後の国家責任による社会保障・社会福祉が、日本型福祉社会論に代表される家族責任、「みんなの責任」へ変質した「公的責任の後退」状況を確認しながら、今日の地域包括ケアシステムに至る経過を概観する。

続いて、医療生協と地域包括ケアシステムとの関係を確認し、医療福祉生協連が提起する「医療福祉生協の地域包括ケア」にある「4つの視点」「2つの課題」「4つのポイント」を検討する。そこからは、「事業と活動」と「事業と運動」の問題、「生協という仕組み」とは何かの問題等が散見できた。それらを整理しながら、「医療福祉生協の地域包括ケア」の実践のための「4つのポイント」にもう1つ、「人権としての医療・介護保障のアドボケーターとしての事業と運動」を加えて補強を提起する。

「医療福祉生協の地域包括ケア」が、社会保障・社会福祉における公的責任を問い、人権としての医療・ケア保障に向けた対抗軸となっこそ、医療生協の組織的特徴を踏まえた地域包括ケアの実践となることを整理する。

キーワード：医療生協、いのちの章典、「事業と運動」と「事業と活動」、対抗軸、人権としての医療・ケア保障

1. は じ め に

社会保障制度改革国民会議報告（以下、国民会議報告）¹以降、医療や介護、福祉をめぐる社会保障・社会福祉について、地域医療や地域福祉のあり方とともに、地域包括ケアシステムの実践に向けた動きが加速している。

医療生協²では、保健・医療、介護事業とともに、事業所とともに地域支部が一緒になって地域の健康づくりや助け合い活動ほか、組合員増やしや出資金運動を展開している。事業所や支

部の事業と運動は、医療生協の草創期からすすめられており、国民会議報告以前から文字通りの地域包括ケアの実践である。また医療生協の事業などが、地域包括ケアシステムの一翼を期待されているのも事実である。

実際、それぞれの生協で地域包括ケアの実践も盛んである。しかし一方で、地域包括ケアをいわば「住民参加型地域づくり」の一環としての実践も少なくない。医療生協はなぜ支部等とともに事業と運動を進めてきたのか。地域住民である組合員にとともに医療や介護事業所を共同運営し、健康づくり運動や社会保障運動が、地域包括ケアにどうつながるのか。

本稿では、社会保障・社会福祉における医療・ケア保障がどう変容して地域包括ケアシステムに至ったのか整理し、医療生協と地域包括ケアとのかかわりを確認して、日本医療福祉生活協同組合連合会（以下、医療福祉生協連）による「医療福祉生協の地域包括ケア」を検討する。これまでの医療生協の理論的到達や組織的特徴、人権としての医療・ケア保障の視点で再検討し補強に向けた整理を行い、人権としての医療・ケア保障からの対抗軸として位置づけて「医療福祉生協の地域包括ケア」の再構築をめざす³。

2. 地域包括ケアシステム——5つの構成要素と4つの支援

さて、地域包括ケアシステムが広く知られたのは、「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」である⁴。地域包括ケア研究会はその後に診療報酬・介護報酬改定に影響を与え、地域包括ケアシステムづくりもこの提言を中心にまとめている。地域包括ケアシステムを構成する「5つの構成要素」と「4つの支援」を、植木鉢を模した図で表現するものである。5つの構成要素として「介護、医療、予防、生活支援、住居」、4つの支援として「自助・互助・共助・公助」に整理している。

次代の社会保障の方向を鮮明に示したのが国民会議報告である。社会保障制度改革国民会議は、社会保障制度改革推進法（以下、改革推進法）⁵の成立から改革等を審議し、社会保障制度改革の全体像を示した。改革推進法は、憲法25条の生存権・人権保障にも関わらず、社会保障を「家族相互・国民相互の助け合い」と定義する。自助・共助・公助の最適な組み合わせで「自助を基本としつつ、自助の共同化としての共助（＝社会保険制度）が自助を支え、自助・共助で対応できない場合に公的扶助等の公助が補完する仕組み」を基本とするなど4つの指針⁶を提示した。医療・介護分野での改革のポイントでは、「病院完結型」の医療から地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療へ移行して、病床機能の見直しや「かかりつけ医」制度創設などを盛り込み、「医療から介護へ」「病院・施設から地域・在宅へ」の観点で、医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワーク構築を地域医療構想とともに示した。

国民会議報告を受けて、プログラム法⁷が成立、医療介護をめぐる改革の工程を示し、さらに医療介護総合確保法⁸が成立した。国民会議報告にある病床機能報告や地域医療構想の策定、

地域包括ケアシステムの定義をした⁹。さらに厚生労働省（以下、厚労省）は地域包括ケアシステムを高齢者や生活困窮者以外に広げて、地域包括ケアシステムの対象を全世代・全対象に拡大し、住民を含む多様な主体の参加に基づく支え合いと協働して共生社会の実現を創造するとした¹⁰。これが「ニッポン一億総活躍プラン」¹¹の「地域共生社会の実現」に盛り込まれ、厚労省内に「『我が事・丸ごと』地域共生実現本部」設置¹²とつながっている。

こうして国は地域包括ケアシステムの進化・推進を図るべく、地域包括ケアシステムの強化法¹³を策定し、地域共生社会実現に向けた取り組みの推進が定められ、さらに改正社会福祉法¹⁴において、「我が事・丸ごと地域共生社会」の理念を規定した。

戦後70年以上が経過した。敗戦を契機に、前近代的な社会保障・社会福祉のあり方が、憲法25条が定める「健康で文化的な最低限度の生活」を、国家が財政を含めて責任を持つ体制を整え、戦後の社会保障・社会福祉の礎となった。

しかし現局面において、憲法の規定は維持しながらも、国家責任による社会保障・社会福祉は変質し、国民どうしの「助け合い」が社会保障・社会福祉となりつつある。こうした現状を踏まえ、医療生協にとって地域包括ケアがどんな位置にあるか検討していく。

3. 医療生協の立ち位置からの地域包括ケアシステムについて

ここでは地域包括ケアシステムに関する研究レビューを行い、研究動向を確認して医療生協の立ち位置から検討する。

1) 地域包括ケアの研究レビューから

論文検索をすると、「地域包括ケア」に関する論文等は5千近くに及ぶ膨大な量となる¹⁵。二木（2015）によると、地域包括ケアに2つの流れがあり、1つは1970年代の広島県みづき病院での実践からの展開、もう1つが福祉系の流れで、社会福祉法人などによる地域福祉の推進がそれにあたるといふ。膨大な量となる地域包括ケアに関する研究は、概して①地域包括ケアの歴史的展開や理論への検討、②地域包括ケアの実践に向けた検討などの2つにわけられ、特に②ではさまざま地域での実践を多角的に調査、実践があげられる。また①は、例えば、二木（2015）のように地域包括ケアシステムと医療政策・地域医療構想との関係の検討があるが、代表的な研究として、宮島（2013）、西村（2013）、筒井（2014）などがある。地域包括ケアでの「自助、互助、共助」をめぐる理論や実践研究は多くあるが、地域包括ケアと公助、公的責任をめぐる研究は少数となる。地域包括ケアは、いわゆる「自助・互助・共助」で完結するしくみなのか。岡崎（2011）、横山（2012）、井口（2014）、などのように、公助や公的責任の視点から、地域包括ケアを理論的に検討する視点は少ない。

さて、「地域包括ケア」と「生協」を論文検索すると20数件が見つかる¹⁶。多くは医療機関

や介護事業所等での地域連携や多職種連携の実践や、組合員組織や住民組織との協同を模索した報告書等が中心である。さらに「医療生協」「保健生協」「医療福祉生協」と「地域包括ケア」に関する10件程度となり、医療生協の地域包括ケアの理論的研究はほとんどない¹⁷。地域包括ケアに関する研究は膨大にも関わらず、「自助・互助・共助」の範囲での研究で、公助や公的責任の側面から地域包括ケアを検討する先行研究は少なく、また医療生協の地域包括ケアの理論的検討の先行研究が極めて少ないことがわかる。

2) 互助と共助の組織体としての医療生協

先行研究レビューから、医療生協の地域包括ケアへの理論的検討は限定的と指摘したが、実際の現場における事業としての医療生協の立ち位置を「自助・互助・共助・公助」においてどう関わるか見ておく。

地域包括ケア研究会では、「自助・互助・共助・互助」を次のように定義した。つまり、「自助：自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康を維持すること」「互助：インフォーマルな相互扶助。例えば近隣の助け合いやボランティア等」「共助：社会保険のような制度化された相互扶助」「公助：自助・互助・公助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等」である。

これらを保健、医療、介護事業を行う医療生協の立ち位置にあてはめて考えてみる。自助：患者や利用者、組合員、互助：ボランティア組織、支部や班の活動、共助：社会保険を活用した医療や介護事業、公助：利用者限定の公的扶助を活用した医療や介護事業、となるだろう。医療生協の立ち位置から地域包括ケアを概観すれば、共助と互助として医療生協の事業と地域活動を見出すことができ、支部や班などの地域活動を担う互助の組織の存在が、医療生協の大きな特徴となる。

4. 地域包括ケアシステムにおける公助とは —— 医療・ケアの公的責任について

1) 自助・互助・公助・互助

改革推進法、さらに国民会議報告書では、社会保障を「自助・共助・公助の最適な組み合わせ」が日本の社会保障の基本であるとする。この組み合わせはいつ出現したものなのか。

二木（2012）は、「自助・互助・共助・互助」の出自と意味の編成をまとめ、2006年以降に社会保険が共助に位置づいたという。それ以前は、「自助、共助の努力で対応できず国民全体でこれを支えることが必要となる場合には、今後とも社会保障制度によって対応していくこととなる」（平成8年（1996年）版厚生白書）から、公助＝社会保障、つまり公的社会保険制度が公助の位置にあったからである。

大きな変化は、社会保障のあり方に関する懇話会報告「今後の社会保障の在り方について」(2006年5月)の中で、社会保険を共助とし、公助を「公的福祉や社会福祉」に限定した「特異な解釈」がなされたことである。しかし、平成18年(2006年)度厚生労働白書において、「自助を基本に、これを補完するものとしての社会保険制度などの生活リスクを相互に分散する共助」となり、以後、政府と厚労省の統一見解として社会保険は共助に位置づいた。

横山(2012)は、小泉政権が推し進めた「構造改革」の手直しとして「税と社会保障の一体改革」を見出し、「税と社会保障の一体改革」における社会保障切捨ての仕掛けと、改革推進法を、一体改革の「総仕上げ」であるとする。「『自助・共助・公助』」論を使って社会保障の理念を作り変え、社会保障のかなめである公的責任を、社会保障から解き放つ道を整えた」とし、「国民に『公助』へのこだわりを捨てさせる説明と読めば合点がいく」と指摘する¹⁸。

公的責任は、憲法25条に基づく生存権・人権保障が社会保障・社会福祉の法や政策に位置づく。社会保障審議会がかつて「生活保障は国家にある。国家はこれに対する総合的企画を立てて、これを政府及び公共団体を通じて民主的能率的に実施しなければならない」¹⁹、「これ(所得増進計画)に対応して、社会保障についても、またそれを革新する意味においても、長期計画を樹立することは政府の当然の責務といわねばならぬ」²⁰と、社会保障・社会福祉における公的責任を勧告してきた。しかし、1995年勧告では、公的責任のあり方を、「みんなのためにみんなでつくり、みんなで支えていくものとして、21世紀の社会連帯のあかしとしなければならない。…21世紀の社会保障の理念である」²¹と提示し、公的責任のあり方を変質させた。この間に、家族が福祉の含み資産であるとする日本型福祉国家論²²や、新自由主義的な政治や各種政策が実施され、社会保障・社会福祉における公的責任が「みんなの責任」へ変化した。1995年は日経連が「新時代の日本的経営」²³を発表し、格差と貧困の拡大を招く雇用環境が大きく変わる節目でもある。

2) 医療・ケアにおける公的責任の後退

1980年代以降の新自由主義政策は、社会保障・社会福祉のあり方に影響を与え、1990年以降に社会福祉基礎構造改革が進められた。

浅井(2001)は、社会福祉事業法から社会福祉法への改正に際して、条文の主語に着目して公的責任の後退や曖昧化を指摘する。例えば、社会福祉法第3条(福祉サービスの基本理念)では「福祉サービスは」が主語となる福祉サービスの内実表記である。だが従前の社会福祉事業法第3条(基本理念)では、「国、地方公共団体、社会福祉法人その他社会福祉事業を営業者」が主語となり、福祉サービスの責任主体が明らかである。社会福祉法改正に伴う公的責任について「提供者と利用者の契約締結に伴う権利擁護に責任を持つこととに力点が移行している」とし、「公的責任論は、行政が両者を結びつけるコーディネータとしての役割を果たすことに収斂している」²⁴とする。

このように社会保障・社会福祉における国家責任は「みんなの責任」へ、さらに個人、家族、地域へと移行する。公的責任は「公助」に変質し、保険原理を強調する「共助」へ社会保険が位置づけられる。公助は「自助・共助が円滑にまわる仕組みを調整する役割」となった。

では、公的責任は何を指すのか。例えば、中村（2010）は、社会福祉をめぐる公的責任を新たな公的責任として「市民責任」を提起して、公的責任を広く捉えるべく検討をしている。真田（1999）は、「自助責任が基底にあって、それができない場合に国家責任という公的責任の位置づけは救貧制度のそれである」、「公的責任とは、生活破綻の時にだけ発動するものではなく、国民生活の維持・再生産についての恒常的な責任である」とし、「公的責任とは、国民の生存権・人権保障の最終責任ではなくてはならない。管理・運営の最終責任に留まるものではない」とする。公的責任と社会的責任を分けて考え、社会的責任を「資本の責任としての実体化」と定義して公的責任と一線を引く。

こうして公的責任を考えると、公的責任を「市民責任」として再構築する議論や、憲法 25 条にある生存権・人権保障に向けて、土台としての役割や機能を果たす議論等がある。ここでは公的責任について真田のいう「公的責任とは、生活破綻の時にだけ発動するものではなく、国民生活の維持・再生産についての恒常的な責任である」に立ち返って解釈すべきである。公的責任は、最終的に公的扶助しかない状況ではなく、生活基盤を下支えする公的責任の再構築こそが求められるはずである。しかし現状では、地域包括ケアシステムにおいて、公的責任は後退し「公助」に置き換わり、「自助・共助を円滑にまわす」環境を調整するする立ち位置となっている。

3) 「みんなで助け合いをなさい」—— 地域共生社会という「互助」の法制度への組み込み
「互助」はボランティア組織や地域住民の取り組みである。その「互助」を法制度に組み込もうとするのが「我が事・丸ごと地域共生社会」（以下、「我が事丸ごと」）であり、組み込んだのが改正社会福祉法（2018 年 4 月施行）である。

「歴史的に見ると、かつてわが国では、地域の相互扶助や家族同士の助け合いにより、人びとの暮らしが支えられてきた」とはじまる「我が事丸ごと」の背景説明²⁵では、「つながり」「支え合い」など否定できない文言が多くならぶ。しかし「自助・共助」を補強すべき「互助」として地域住民の動員に向けたものと考ええると大きな問題が浮かび上がる。

芝田（2018）は、「地域住民の自助と共助で解決する地域共生社会は社会保障の公的責任性を捨象するという誤謬を犯しかねない方向性を持つ」と警告する²⁶。岡崎（2017）は、「制度の狭間」は制度問題であり、国や自治体の責任で早急に解決すべきであり、住民に解決をゆだねる話ではないとし、「我が事丸ごと」は生活問題の地域性と社会的背景に目を向けさせ、国や自治体の責任を後退させる「我が事丸ごと」は地域共生社会とはいえないという。

なぜ「我が事丸ごと」をいわねばならないのか。「我が事丸ごと」は、裏を返せば「分断社

会の現状」, 格差や貧困の拡大による「分断された格差社会」への認識がもとにあるはずである。労働環境は大きく変化するも、企業福祉・家族福祉に支えられた貧弱な日本の社会保障・社会福祉制度は旧来のままで、格差と貧困の拡大に対応できない。格差と貧困の拡大の現実から目を背け、「共生」「つながり」という美辞麗句で覆い、社会保障の整備もなく、「我が事丸ごと」の地域社会で受け止めようとする。岡崎(2017)は、地域包括ケアシステムにおける公的責任の欠落と、地域における責任体系が「我が事丸ごと」に見出せると指摘する²⁷。地域包括ケアシステムでは、「自助・共助」を補完する「我が事丸ごと」で地域住民の助け合いの「互助」が動員される。公的責任が後退・回避した形で地域包括ケアシステムが進められることがわかる。

5. 「自助でサービスを購入する」ということ——社会保障の市場化について

社会保障を「助け合い」と定義し、実践形である地域包括ケアシステムでは、自助が基本となる。だが、高齢者には自助が難しい事態も多く出てくる。介護保険開始以来、介護サービスを購入する意識は日常である。共助である社会保険の介護保険を活用し、自助として自費で必要な介護や生活支援サービスを購入する。

真田(1999)は、1970年代の日本型福祉社会論の進行とともに持ち出されてきたのが「市場福祉」、社会保障の市場化であるという。横山(2009)は、介護保険を契機に本格的にはじまった福祉の市場化は、福祉の仕組みを大きく変えとともに、特有の市場をつくりだしたとし、社会保障・社会福祉の給付や供給体制、福祉労働の環境、さらに給付を受ける国民の意識を大きく変質させたという²⁸。以前までは、家族等によるいわば、無償の共同が、介護保険導入で介護・家事援助サービスの商品になった。横山は「市場の公平感が社会保障に持ち込まれば社会保障が内部から崩壊することになりかねない」²⁹という。市場的公平論、市場的感觉とは、日常の市場で繰り返し経験している100円のものには「100円」を、5つ買うなら「500円」が「自然的感觉」で、日常での日用品等の買い物等での実践である。だが、社会保障は社会的再分配を意味し、同じ医療介護サービスでもその人の社会的経済的背景を考慮して行われる。同じ診療行為でも負担割合が異なって一部負担金が発生するしないなどがある。また社会保険料も同様である。例えば、役所窓口で国民健康保険料について「払っている人がいて、払っていない人がいるのでは保険料納付している人へ不公平となる」などと担当者が普通に窓口で説明することがある。国民健康保険は社会保障として社会原理をもった社会保険制度の認識があれば、生活困窮者への減免は想定できる。しかし日常的感觉からは「保険料も納めていないのに保険証は出せない」になる。市場的感觉の怖さを物語るものだ。

中西(2015)は、人間の社会的諸関係を社会形成のリソースから捉える「関係資源」に注目して、無償の共同としての関係資源が市場に動員される過程を説明する。関係資源である「無

償の共同資源」が一方の極にある場合に、商品サービスが補完的代替的に争うときは、サービスの差異化と低廉化が必須となる³⁰。例えば、これを医療生協の「助け合いの会」のサービスで考えるとわかりやすい。買い手である利用者が「お金払っているのだから責任を果たせ」と苦情を出す。あくまでも無償の共同資源の延長上の「お手伝い」だが、買い手が他の商品と比較してみた場合、安価な家事援助サービスにしかない。市場化は「助け合い活動」を「安価な家事援助サービス」と認識させる。だが、介護や生活支援サービスを商品と同様に捉えるべきなのか。介護や家事援助サービスは提供者と利用者との協同で成り立つ。横山が指摘するように、「市場における公平性」で社会保障を見る感覚は「負担と給付の均衡を個人レベルで問題にし、損得勘定を問う」姿勢になってしまう。

そもそも社会保障・社会福祉サービスとは何か。中西（2005）は「社会福祉・社会保障給付は、必要とするサービスの個別的選択という回路を通じて、社会成員に等しく保障されるもの」³¹という。しかし、介護保険開始以来、日常的実践を通して、私たちは市場化に慣らされている。利用する側も提供する側も同じである。さらに社会保障・社会福祉の「応能負担原則」にもかかわらず、市場的感觉に慣らされ、サービスを使った人が使った分を負担する「応益負担」を当然と受け入れてしまう。社会保障の市場化で、消費者のニーズを満たす生活支援サービスが開発、商品化されている。だが、ニーズはあるも消費者になれない生活困窮者はどうするのか。互助として家族や地域による無償の支援を求めるしかない。

6. 「医療福祉生協の地域包括ケア」の検討 ——「4つの視点」「2つの課題」「4つのポイント」

これまで地域包括ケアシステムにおける「自助・互助・共助・互助」を検討してきた。ここでは「医療福祉生協の地域包括ケア」の「4つの視点」「2つの課題」「4つのポイント」を概観した上で、検討すべき課題をいくつか提示し、最後に「4つのポイント」に5つめのポイントを追加し「医療福祉生協の地域包括ケア」の補強をめざす。

1) 「4つの視点」と「2つの課題」

医療福祉生協連は、地域包括ケアシステムへの対応として、『医療福祉生協の地域包括ケア』をめざしてを公表した³²。医療生協の地域包括ケアを打ち立てるにあたり、国の地域包括ケアシステムの3つの問題点³³を指摘する。これまで進めてきた『地域まると健康づくり』は地域社会全体を対象にした事業と運動を広げてまちづくりをすすめることを指し、「医療福祉生協の地域包括ケア」を包含するものであると定義する。つまり、「健康づくり」という大きな事業と運動の中の一部に「地域包括ケア」が含まれる認識である。さらに、「医療福祉生協の地域包括ケア」は、「医療福祉生協のいのちの章典」（以下、いのちの章典）³⁴、「医療福

社生協の理念」をベースにして「4つの視点」³⁵を大切に実践するとしている。

さて、問題になるのが医療生協にとっての「健康づくり」と「地域包括ケア」の位置関係である。「健康づくり＝事業と運動」であるのに対して、「地域包括ケア＝事業と活動」の対置構造が見える。3つめの視点「組合員の自主的活動」では、高齢社会を支え、地域の高齢者問題を解決する力は自主的な組合員活動であるとし、「制度の改善・充実を求めつつ、身近な問題は自分たちの力で自主的に解決する」のが「医療福祉生協の地域包括ケア」という。

また「2つの課題」を見ると「健康づくり」と「地域包括ケア」の関係の整理がつく。「2つの課題」とは、「高齢者の「くらし丸ごと」に向き合う」と「制度充実は不可欠」である。特に後者では、地域包括ケアシステムにおける自治体間格差に必要なサービスが利用できないことを中心に論じ、必要なサービス利用の地域間格差のみについて「制度充実は不可欠」と読めなくもないが、憲法13条や25条、いのちの章典におけるアクセス権に関わる問題の課題として列挙する。「事業と活動を通じて地域ニーズの把握を行い、自治体と懇談を進め」「日頃の豊かな実践意に基づく政策提言や自治体等に設置されている各種協議会への参加も追求し」「高齢社会に対応する、日常生活圏域での「明るいまちづくり」³⁶に取り組むとする。医療生協の地域包括ケアの実践は、解説から「地域包括ケアの事業と活動」となる。

医療生協の地域包括ケア実践を考える上で、「健康づくりの事業と運動」が果たした役割は大きい。江本(2015)は、「医療福祉生協の地域包括ケア」の特筆について健康づくり活動の経験をあげている。1960年代後半の「健康の自己チェック」以降、1970年代に日本生協連医療部会が全国方針として「健康チェック活動」を示し、班会や保健大学などで地域組合員が専門職である職員組合員を講師に招いて自分の健康をチェックする実践が広がった。その中で「地域まるごと健康づくり」の運動が全国的に浸透した。江本は「班会や健康チャレンジなど、医療福祉生協という仕組みを利用した健康づくり活動は、健康づくりを通じて子どもから高齢者まで、多様な人々がるながらることに消費生活協同組合らしさがある。この「らしさ」は体操を中心とする通いの場を住民主体で展開することで介護予防を進める地域包括ケアと同じ方向を向いている」³⁷と指摘し、健康づくりが地域包括ケアをリードする可能性を見出している。

2) 「4つのポイント」

では、「医療福祉生協の地域包括ケア」を実現するために「4つのポイント」³⁸を見ていく。

1つめの「日常生活圏域での取り組み」では、自治体や他事業者との連携、各種制度を使いこなし、「不足するものは自ら作り出しつつ、制度の充実をめざす改善提案につなげていく視点が重要」であり、医療生協の優位点を発揮して地域包括ケアへの対応と改善提案を「私たちの出番」と位置づける。「いのちの章典実践ガイドライン」を引用して、「医療福祉生協以外の地域の事業所や住民団体、行政とも積極的に協同して、地域の医療・介護提供体制の充実や社会保障を改善する活動（点線部は筆者）、健康づくり活動にとりく」³⁹むとある。2つめは、事

業の課題として多職種連携・多機関連携の模索，病院・診療所の地域での役割や組合員要求としての新規事業への取り組みをまとめている。

3つめは，支部活動の課題整理から4項目をあげる。ア）地域包括ケアでは支部に力量と主体性が必須で，支部活動を「地域包括ケア」対応とし，体制・場所の確保，リーダーの育成を進めるとする。また「医療・介護制度の変更により，とりわけ低所得・貧困層にとって深刻」で「助け合いの組織としての生協の特徴を生かし，支部や班・グループの主体的な活動によって，医療・介護難民を出さない取り組みがもとめられ」とある⁴⁰。イ）「組合員ネットワークの強化と支部活動の見える化」をあげ，「医療福祉生協に加入することは，地域の安心のネットワークに入ること」を合言葉に，「見える化」が医療生協への信頼と自治体との連携に役立つとする。ウ）「事業が担う支部活動の質」に，「生協として事業化できることは積極的に事業化をすすめ」，「自治体からの受託には「質」と事業管理の「責任」が生じる」と喚起する⁴¹。エ）「日常生活支援の活動」で「軽度者の利用制限，専門職不在のサービス提供」問題があるものの，取り組むことで改善点が見え，「よりよい制度にするためにまず実践してみる」重要性を提起する。

4つめは，地域包括ケア型地域マネジメントの確立への言及で，「事業と活動を『連動』させるマネジメント単位」「事業の管理」「組織部の役割」をあげる。特に組織部の役割では，「地域支援事業を開発し受託につなげていくマネジメントが求められる」とし，「『地域包括ケア』を推進する鍵は，『生協というしくみ』そのものを活かすことにある。組織部は組合員組織の管理運営とその補助という役割に加えて，日常生活圏域での地域包括ケアを充実していくための事務局の役割を担うことが重要」とする⁴²。これら「4つのポイント」は支部や事業所の地域包括ケアの実践に向けての具体的実践のための各論という内容である。

3) 「4つの視点」「2つの視点」「4つのポイント」の論点整理

さて，「医療福祉生協の地域包括ケア」を論点整理してみる。「4つの視点」と「2つの課題」では，医療生協の地域包括ケアの前提を示すが，「健康づくりの事業と運動」と「地域包括ケアの事業と活動」にみられる「事業と運動」と「事業と活動」との区別にどんな意味があるのか。改めて医療生協の組織的特徴及び「いのちの章典」から検討し，さらに「制度充実是不可欠」との課題への認識を「事業と活動」の視点から整理し，「4つのポイント」を再検討する。

先に江本（2015）が指摘するように，健康づくりから「まちづくり」への視点が見出せるのは医療生協運動の大きな特徴である。佐藤（2015）は，けいはん医療生協における地域包括ケアの実践と調査研究にあたって，医療生協の地域包括ケアに向けた実践研究を進める意義をまとめた。そこでは，地域包括ケアシステムを評価する2つの視点として，①介護保険制度の持続を考えて要支援サービスを切り離し無償または安価なサービスへ代替することを狙いとする視点，②地域包括ケアシステムにおける生活者の視点に立った地域社会の再構築に向けてのス

テップである視点を出し、「生活者視点に立った地域社会の再構築に向けてのステップ」として医療生協の歴史を振り返り、そこから見出せる優位点や課題を提起した。

医療生協の組織的特徴は、①医療生協は組合員による共同所有の組織、②医療生協は組合員による共同意思決定の組織、③医療生協は組合員による自治の組織となる。日野(2009)のいう「住民組合員と職員組合員」が医療生協を構成する組合員となる。さらに小川(1989)が指摘する地域住民を「潜在的組合員」と見出して事業と運動を進める組織である。医療生協の組織は組合員組織でありながらも地域住民を包含する保健医療福祉専門職との協同組織で、何よりも保健医療福祉事業とともに地域組合員による班や支部が健康づくりや助け合い活動などの地域活動を実践し、事業と運動を進めてきた特徴がある。事業による保健医療福祉サービス、さらに班や支部での健康づくりや助け合い活動において、ベストフのいう共同生産⁴³を見出せるのが特徴である。さらに、いのちの章典では、医療福祉生協を「地域のひとびとが、それぞれの健康と生活にかかわる問題を持ちよる消費生活協同組合法にもとづく自治組織で」「医療機関・介護事業所などの所有・運営し、ともに組合員として生協を担う住民と職員の協同によって、問題を解決するための事業と運動を行」うと定義する。医療生協の組織的理論的到達を確認すれば、「健康づくりの事業と運動」の一分野だけではなく、まさにまちづくりとしても地域包括ケアへも事業と運動を一体的に進めてきた組織体と確認できる。

4) 「事業と活動」と「事業と運動」

では、「地域包括ケアの事業と活動」とはどんな意味なのか。医療生協の健康づくりの事業と運動との対比で、「医療福祉生協の地域包括ケア」において、地域包括ケアは健康づくりに包含される位置関係にある。健康づくりの一分野としての認識が「事業と活動」に至ったと考えられる。また「4つの視点」の文脈を検討すると、社会保障に関わる諸問題への対応に「活動」が使われ、「運動(社会運動)」の意味する「結果として生ずる社会的危機を解決する意図を持って動員される組織的行動」⁴⁴をトーンダウンさせている。これは「いのちの章典実践ガイドライン」にある「社会保障を改善する活動」における「活動」も同様である。今や、公的責任は後退し、憲法25条の生存権・人権保障をないがしろにして、ひびきのよい言葉の「助け合い」「支え合い」が社会保障である。「社会保障を改善する活動」がどうして人権保障につながるのか。そもそも、いのちの章典では「いのちとくらしを守り健康を育むための権利と責任」を定める。この「権利と責任」について、筆者は、特に「責任」を「生活困窮者を含むさまざまな人たちの権利保障を推進していく医療生協運動の責任である」と捉えたが、その権利保障を、鈴木(2001)がいうように「放置された人権を非営利組織が実質的に保障している」段階から、生存権・人権保障を求める公的責任を求める運動こそ、医療生協の役割である。社会保障が「支え合い」「助け合い」への定義に抗する意味で「運動」は必要である。また、いのちの章典では、「健康の自己主権」を位置づける。健康づくりの事業と運動はまさに健康権へのアプローチで

あるが、同時に社会保障権へのアプローチでもある。となれば、健康づくりの一分野である「地域包括ケア」も同様に「事業と運動」で進めるべきである。「事業と活動」は、医療生協の歴史的理論的到達点の軽視となる可能性を秘めた用語になりうる。

5) 「4つのポイント」の再整理

では、実践にむけた「4つのポイント」を検証する。「4つのポイント」の1つである支部活動の課題では、確かに地域・組合員ニーズに応えるための自治的組織としての主体性や力量が必要になる。支部活動は「医療福祉生協に加入することは安心のネットワークに入ること」の合言葉で、安心の組合員どうしのネットワークの中核を担う。だが、「事業を担う支部活動の質」をどう捉えるべきか。総合事業を受託する支部では当然サービス内容である質や運営管理の責任が生じる。支部が地域支援事業を行うには大きな注意が必要ではないか。

「質を担う自覚と責任は組合員にも求められる」⁴⁵が、そもそも生活支援などの「サービスの質」は何を指すか。家の掃除の手伝いや独居見守り、宅老所などが医療生協運動の中で生み出され、実践してきたが、発足当時は組合員や地域住民との「おたがいさま」「助け合い」の環境であった。しかし介護保険を契機に「介護・家事援助サービス」へ商品化された。商品となった「売り物」には品質保証が求められる。中西（2005）は、市場化は市場に拠らない「助け合い」のかたちも内実も変化し、非市場領域における関係資源の動員・社会形成の市場親和性が増大すると指摘する。関係資源は非市場的なもので、当事者どうしの協同であり、「サービスの質」などの概念はなかった。それはまさに関係資源であり、「おたがいさま」だからだ。だが、事業として商品化され、地域生活支援事業となると、「サービスの質」と事業を担う支部にも商品への責任が伴う。

さらになぜか支部活動の課題を論じる中に「低所得・貧困」への対応がある。「医療・介護制度の変更により、患者や利用者が行き場を失いかねないという問題は、とりわけ低所得・貧困層にとって深刻」⁴⁶として、「助け合いの組織としての生協の特徴を生かし、支部や班・グループの主体的な活動によって、医療・介護難民を出さない取り組みが求められ」⁴⁷と続く。リム・ボン（1996）は、医療生協運動の歴史を「人権啓発運動」に位置づけた。「低所得・貧困」への対応は、生存権・人権保障としての事業と運動として別立て提示すべき箇所である。

最後に、「生協という仕組みそのものを活かす」を検討しておきたい。医療生協は生協法を基に事業運営をする。生協の仕組みは「出資・利用・運営」を指す。そもそも「仕組み」とは「構造」をいい、生協は組合員の出資・利用・参加という事業運営が「生協の仕組み」である。単に「生協という仕組み」の表現は、医療生協の組織的特徴や理論的到達点が反映されにくく、「生協法による事業運営の仕組み」と読み取れる。そうすると、医療生協の理念やいのちの章典が、別の考え方に置き換わる可能性もある。実際に、「医療福祉生協の地域包括ケア」の実践に向けて、公的責任を後退させ、地域社会に責任を持たせる「我が事丸ごと」を理念として

位置づけながら、生協の仕組みを活かすことも可能である。

7. 「医療福祉生協の地域包括ケア」の再検討に向けて

いのちの章典から見れば、「医療生協の地域包括ケア」は、自治体や他団体・組織との連携とともに、社会保障が「助け合い」とされて公的責任が後退し、「自助・互助・共助」の実践となっている地域包括ケアシステムへ、生存権・人権保障に向けた事業と運動での対応が必要なはずである。医療福祉生協の「事業と活動」ではなく、「事業と運動」こそが「医療福祉生協の地域包括ケア」の実践でなければならない。「医療福祉生協の地域包括ケア」には、地域包括ケアシステムへの明確な対抗軸が必要となる。

1) 「5つめのポイント」として

ここで筆者は「4つのポイント」に追加して5つめのポイントとして「地域組合員・住民への医療・介護保障を担うアドボケーター⁴⁸としての事業と運動」を掲げたい。

「4つの視点」では、いのちの章典、「医療福祉生協の理念の具体化」が説明され、「地域でのアドボケーターの役割を組合員や職員が担い」との視点があるものの、「4つのポイント」で「低所得・貧困」はなぜか支部活動の課題に包含されている。5つめのポイントとして、明確に生存権・人権保障の視点を事業と運動への位置づけが必要である。今後、介護保険適用範囲が今以上に狭められ、さらに様々な事情で介護保険を利用できない組合員や地域住民が出てくる。制度活用できない生活困窮する組合員・地域住民への対応こそ、「医療福祉生協の地域包括ケア」実践に位置づけられるべきである。

支部の事業化には注意が必要である。中西(2015)は、保育市場を例に「保育サービスは(無償の関係資源である)非市場活動と競争して自らを存続させなければならないが、一方で関係資源の無償性が競争的に利用されて、従来の公共サービス体系を壊し、低価格サービス市場を拡大する有力な手段となる」⁴⁹状況を招いたという。現に地域支援事業へ移行とした要支援サービスは、無償の関係資源との競争で低廉化した。医療生協の支部やグループによる助け合い活動などの事業化には注意が必要である。

2) 地域包括ケアシステムへの対抗軸として

このように「医療福祉生協の地域包括ケア」の検討をしたが、5つめのポイントとして「地域組合員・住民への医療・介護保障を担うアドボケーターとしての事業と運動」を補強して、「医療福祉生協の地域包括ケア」を補強する。医療生協運動は「権利を保障する責任」をもつ運動である。そうであれば、社会保障を「支え合い」と歪曲して定義し、「我が事丸ごと」で地域住民を互助に動員し、改正社会福祉法で「支え合い」を地域住民の責任とする中、「医療

福祉生協の地域包括ケア」は、地域包括ケアシステムへの、公的責任を再定義する生存権・人権保障に向けた対抗軸として位置が見出せるはずである。

8. 残された課題について

戦後の社会保障・社会福祉における到達地点として地域包括ケアシステムを概観し、医療生協の立ち位置や、「医療福祉生協の地域包括ケア」を検討した。そこでは医療生協の事業と運動」が、地域包括ケアにおいて「事業と活動」へ「トーンダウン」し、さらに「生協という仕組み」が「出資・利用・参加」の仕組みに収斂されかねないことを喚起し、いのちの章典に掲げる「事業と運動」や、健康の自己主権の確立をめざす運動としての位置づけを確認して、「4つのポイント」に追加する5つめのポイントとして「人権としての医療・介護のアドボケートとしての事業と運動」を入れる補強を提案した。

医療生協の各種事業は、現状では公的責任が後退した「自助・互助・共助」のネットワークである地域包括ケアシステムに位置づけられる。「事業と運動」を進める医療生協だからこそ、公的責任の後退したネットワークを深く認識し、「たたかいと対応」で地域包括ケアシステムへ対峙できるはずである。現状は「対応」に特化し、「たたかい」が消えかかっている。

とはいえ、地域包括ケア実践が医療生協の出番であるとの認識を筆者は強く持っているし、医療生協の歴史的理論的到達やいのちの章典をもとにした事業と運動を踏まえながら、地域でのネットワークに自治的組織として参画に活路を見出している。篠崎（2018）は、「家族と地域社会の持っていた福祉力の再生」に向けて同じ理念と信頼が生み出す連帯としての医療生協の班が大きな力を持つこと、班を機縁として人びとの強い結びつきが大きな鍵になると指摘する。こうした地域活動は、「我が事丸ごと」を逆手にとっていく底力がある。班や支部などの互助も、「たたかいと対応」の視点で地域活動の展開が可能となる。

残された課題を整理する。1つめは、医療生協の「地域包括ケアシステムに対応した経営基盤の確立」という大問題である。鈴木（2001）は、ヨーロッパ諸国を例に、「協同組合の事業が公的財源を基盤に事業を展開している」と指摘するが、この点は日本の状況と大きく異なる。診療報酬・介護報酬に左右される事業活動は死活問題である。国の政策による診療報酬・介護報酬は、事業の方向性を誘導する。幸い、生協法に基づく出資金によって大衆資金を集められるものの、限度がある。事業と運動を円滑に進められる経営基盤の安定は避けて通れない。

2つめは、「我が事丸ごと」がめざす方向性の検討である。昨今の「我が事丸ごと」や「一億総活躍社会」のスローガンは、戦時厚生事業に関わる諸事業に近似性がある。島田（2015）は、今日の社会福祉下におけるある種の危機感と人的自助強化の課題が、第二次世界大戦が本格化した戦時厚生事業に重なる部分があると捉えて検討したが、「戦時厚生事業とこんにちの社会福祉は、「人」というファクターで連続し、体力向上を国民自助による育成強要を図るという

方法論でつながっている」という。「我が事丸ごと」、地域包括ケアシステムも超高齢社会という難局への対応と考えると戦時厚生事業との比較検討を行う意義も見出せる。

本稿では、「医療福祉生協の地域包括ケア」を、公的責任が後退した社会保障の中で、これまでの医療生協の理論的到達や組織の特徴、人権としての医療・ケア保障の視点を補強し、対抗軸づくりを提起した。残された課題を引き続き検討し、「医療福祉生協の地域包括ケア」を実践していきたい。

〔注〕

- (1) 社会保障制度改革国民会議は、社会保障制度改革推進法に基づいて、社会保障制度改革に関わる法制上の措置はこの会議での議論を踏まえて進められた。2013年8月6日に報告書「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」を公表した。
- (2) 医療生協とは、消費生活協同組合法に基づいて医療・福祉事業を行う生協法人である。日本医療福祉生活協同組合連合会（医療福祉生協連）には全国に会員生協106（105医療福祉生協，日本生協連）がある。<http://www.hew.coop/about#gaiyo>（2018年9月10日閲覧）
- (3) ここでは「人権として医療・ケア保障」として「医療・介護保障」を捉える。介護は生活の一部であり、広く「ケア」として位置づけることで、「くらし」への視座が明確になる。
- (4) 地域包括ケア研究会は、平成20年度老人保健健康増進等事業として有識者をメンバーとする研究会。研究会庶務を三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社が担った。地域包括ケア研究会報告書では、自助・互助・共助・公助の定義も行った。
- (5) 社会保障制度改革推進法（平成24年法律第64号）は、2012年8月施行した。
- (6) 4つの指針とは、「社会保障の機能の充実と給付の重点化・効率化、負担の増大の抑制」「社会保険方式の意義、税と社会保障の役割分担」「給付の負担の両面にわたる世代間の公平」をさす。
- (7) プログラム法は「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（平成25年法律第112号）、2013年12月施行した。
- (8) 医療介護総合確保法は、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成26年法律第83号）、2014年6月公布施行した。
- (9) 第2条第1項「この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でのその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」とある。
- (10) 厚生労働省「誰もが支えあう地域の構築に向けた福祉サービスの実現新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」（2015年9月）
- (11) 「ニッポン一億総活躍プラン」は、あらゆる場で誰もが活躍できる、全員参加型の社会を目指すため、2016年6月に閣議決定された。
- (12) 厚生労働省は「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部を2016年7月に設置した。
- (13) 地域包括ケアシステム強化法とは、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」（平成29年法律第52号）、2017年5月成立。
- (14) 社会福祉法の一部改正で2018年4月施行。地域課題に対して住民や福祉関係者による把握及び関係機関との連携等による解決が図られることが明記された。
- (15) CiNiiへ2018年9月10日検索
- (16) CiNiiへ2018年9月10日検索

- (17) 例えば、江本淳（2015）「医療福祉生協をとりまく環境と事業戦略——医療福祉生協の地域包括ケアをめざして——」生協総研『生活協同組合研究』477号、2015年10月、が挙げられる。
- (18) 横山壽一（2012）「社会保障制度改革推進法は何を狙うのか」『経済』第207号、2012年12月、p. 20
- (19) 社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」（1950年10月16日）より
- (20) 社会保障制度審議会「社会保障制度の総合調整に関する基本方針についての答申及び社会保障の推進に関する勧告」（1962年8月22日）より
- (21) 社会保障制度審議会「社会保障の再構築～安心して暮らせる21世紀の社会をめざして～」（1995年7月4日）より
- (22) 日本型福祉社会論とは、1970年代のオイルショック後の高齢化社会への対応で、老親扶養三世代家庭に家庭責任を強調し、家族福祉に依存しようとしたものである。
- (23) 新時代の日本の経営とは、日経連の提言で労働者を「長期蓄積能力活用型」「高度専門能力活用型」「雇用柔軟型」に分け、労働力の「弾力化」と「流動化」を進めたもの。
- (24) 浅井春夫（2002）「福祉国家の再編 公的責任の再定義」『現代思想』Vol. 30-7、2002年7月、pp. 130-131
- (25) 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部による「「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）」には、いつの時代のことを指すのか不明な点からにはじまる背景説明の「地域共生社会の実現する背景」「なぜ地域か」「改革の骨格」「当面の改革工程」がある（2017年2月7日）。
- (26) 芝田は、「我が事丸ごと」文書には「社会保障」という単語は4つしかなく、社会保障を「公的な支援制度」「公的支援」「保健福祉」「福祉分野、保健・医療」と言い換え、さらに「代替」という言葉を用いて「そもそも家族や地域がやるべきこと」という論理のすり替えを可能として、地域共生社会は社会保障概念を矮小化すると指摘する。芝田英昭（2018）『「地域共生社会」の批判的検討』『国民医療』No. 338、2018年春号、pp. 2-9
- (27) 岡崎祐司（2017）「歪められる地域包括ケアシステム」『老後不安社会からの転換 介護保険から高齢者ケア保障へ』大月書店、p. 106
- (28) 社会保障の給付構造の市場化について、介護保険はサービス利用を利用者と事業者との契約で行い、社会保障の原則である「給付と負担をリンクさせない」ルールを適用する範囲を限定して自由契約を基づくサービスの混合の利用を認めた。さらに介護保険では代理受領方式をとって現物支給を維持するも法令上は現金支給となったこと、応益負担という市場のルールをあてはめる。介護保険導入は民間営利企業が激増したことで社会保障のもつ公共性・公益性の実現に直接責任を負う体制を弱め、社会保障を市場と営利の手に渡し、似て非なるものへと変質させる現実的な基盤が消え形成されたことになる。横山壽一（2009）『社会保障の再構築 市場化から共同化へ』新日本出版社、pp. 80-90
- (29) 横山（2009）前掲書、p. 101
- (30) 中西新太郎（2005）「リアルな不平等と幻想の自由——新自由主義「社会開発」の特質と帰結——」『平等主義が福祉をすくう 脱＜自己責任＝格差社会＞の理論』青木書店、pp. 10-13
- (31) 中西（2005）前掲書、p. 31
- (32) ここでは、虹のブックレット106『医療福祉生協の地域包括ケア』（2016年6月）及び医療福祉生協連理論誌『Review and Research』Vol. 1（2015年2月）における「医療福祉生協の地域包括ケア」を活用して検討を進める。
- (33) 医療福祉生協連は、地域包括ケアシステムを「医療福祉生協の明るいまちづくりを後押しする側面がある一方、都市部の高齢者対策、自治体間格差の前提、マンパワー確保のあいまいさ、医療・

- 介護事業者の負担前提、公的財政負担の軽減策」があるとする二面性のある政策と指摘する。「くらしを支えるという医療福祉生協の認識と一致する部分があり」「まちづくりを後押しする側面を持って」といって評価しつつ、「自治体間格差やマンパワー確保対策が不明確であること等の問題点を内包する」という。
- (34) 「医療福祉生協のいのちの章典」は、「患者の権利章典」を発展させ、医療福祉生協の活動全般にわたって、めざすものや価値観を表現し「ともに組合員として生協を担う私たち地域住民と職員」の権利や責任を明らかにした文書。第3回通常総会（2013年6月）で確定した。
- (35) 4つの視点とは、①都市部の高齢者問題だけではなく、「地方の課題にも」対応、②「社会保障の充実をめざす活動」と一体のものである、③組合員の自主的活動を基本としている、④地域連携を大切にしている、とある。
- (36) 虹のブックレット106『医療福祉生協の地域包括ケア』, p. 36
- (37) 江本（2015）前掲書, p. 24
- (38) ここでは便宜上地域包括ケアの実践に向けたポイントを「4つのポイント」と表記する。「4つのポイント」とは、①日常生活圏域でのとりくみ、②連携による地域完結型医療・介護サービスの実現（事業の課題）、③支部が担う「医療福祉生協の地域包括ケア」（支部活動の課題）、④地域包括ケア型地域マネジメントの確立、である。
- (39) 虹のブックレット106『医療福祉生協の地域包括ケア』, p. 57
- (40) 虹のブックレット106『医療福祉生協の地域包括ケア』, p. 63
- (41) 虹のブックレット106『医療福祉生協の地域包括ケア』, p. 64
- (42) 虹のブックレット106『医療福祉生協の地域包括ケア』, p. 66
- (43) ベストフ（2000）は、社会サービスにおける利用者と提供者による協同の重要性を説く。利用者の能力向上と権限の確保を区別し提供者とともに実現する共同生産という概念を提起した。
- (44) 「社会運動」：『社会学小事典（新版増補版）』有斐閣
- (45) 虹のブックレット106『医療福祉生協の地域包括ケア』, p. 65
- (46) 虹のブックレット106『医療福祉生協の地域包括ケア』, p. 63
- (47) 虹のブックレット106『医療福祉生協の地域包括ケア』, p. 63
- (48) アドボケートとは、「高齢者・障がい者などが自身の権利を主張することが難しい状況にある場合、当事者の権利を擁護するために意見や権利を代弁する人」（『Review and Research』Vol. 1, p. 6）
- (49) 中西（2005）前掲書, p. 34

〔参考文献〕

- ・井口克郎（2014）「医療・福祉過疎地域の現状と地域包括ケアシステムの現実性：介護における自助・互助・共助論の問題点」『医療・福祉研究』23号
- ・岡崎祐司（2011）『「地域包括ケアシステム」に展望はあるか——現場から『高齢者ケアの原則』の議論を』全国保険医団体連合会『月刊保団連』（1059）、2011年3月
- ・岡崎祐司（2017）「歪められる地域包括ケアシステム」『老後不安社会からの転換 介護保険から高齢者ケア保障へ』大月書店
- ・小川政亮（1989）「生存権と医療生協——生協規制、特に員外利用禁止の不当性について」日本福祉大学研究紀要第79号
- ・岸本貴士（2018）「生活困窮者への医療保障に向けた医療生協の事業と運動の関する一考察——医療生協の組織的特徴に注目して——」『佛教大学大学院紀要社会福祉学研究科篇』第46号、2018年

3月

- ・佐藤卓利（2015）「私たちは何故けいはん医療生協に注目するのか」『医療福祉生協による地域包括ケアの展開』萌文社
- ・真田是（1999）「社会保障・社会福祉の公的責任について——社会保障・社会福祉の「構造改革」に寄せて——」『総合社会福祉研究』第15号
- ・島田肇（2015）「戦時下の厚生事業とこんにちの社会福祉の方向——パラダイム異変下における「人」的自助ファクター——」『東海学園大学研究紀要』第15号
- ・鈴木勉（2001）「非営利・協同組織の事業と公的責任のあり方 福祉領域を対象に」『総合社会福祉研究』第18号
- ・筒井孝子（2014）『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略——integrated careの理論とその応用』中央法規出版
- ・中西新太郎（2005）「リアルな不平等と幻想の自由——新自由主義「社会開発」の特質と帰結——」『平等主義が福祉をすくう 脱〈自己責任＝格差社会〉の理論』青木書店
- ・中村剛（2010）「福祉思想としての新たな公的責任『自己責任論』を超越する福祉思想の形成」『社会福祉学』(51-3)
- ・二本立（2012）「自助・共助・公助」という表現の出自と意味の変遷」『文化連情報』413号, 2012年8月
- ・二本立（2015）『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房
- ・西村周三（2013）『地域包括ケアシステム「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶應義塾大学出版会
- ・日野秀逸（2009）『地域から健康をつくる——医療生協という挑戦』新日本出版社
- ・ビクター A. ペストフ, 藤田暁男ほか訳（2000）『福祉社会と市民民主主義』日本経済評論社
- ・藤原高明（2013）「「いのちの章典」の理解を深めるために——疑問や意見にこたえて——」日本医療福祉生協連・虹のブックレット No. 102, 2013年
- ・宮島俊彦（2013）『地域包括ケアの展望——超高齢化社会を生き抜くために』社会保険研究所
- ・横山壽一（2009）『社会保障の再構築 市場化から共同化へ』新日本出版社
- ・吉崎祥司（2014）『「自己責任論」をのりこえる——連帯と「社会的責任の哲学」』学習の友社
- ・リム・ボン（1996）「医療生協のまちづくり——楽しい健康文化をめざして」日本生活協同組合連合会医療部会虹のブックレット No. 40

（きしもと たかし 社会福祉学研究科社会福祉学専攻博士後期課程）

（指導教員：横山 壽一 教授）

2018年10月1日受理